UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 226

FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'Etude des Epulis

L'ÉPULIS TUBERCULEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920

PAR

Pierre POUGET

né le 19 juillet 1893 à Montaren (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : MASSABUAU, professeur, *président.* — DUCAMP, professeur — GRYNFELT, agrégé — GAUSSEL, agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 226

FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'Etude des Epulis

L'ÉPULIS TUBERCULEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Pierre POUGET

né le 19 juillet 1893 à Montaren (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : MASSABUAU, professeur, *président.* — DUCAMP, professeur — GRYNFELT, agrégé — GAUSSEL, agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✻).....	Doyen
FORGUE (O ✻).....	Assesseur
IZARD.....	Secrétaire

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✻)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT (✻).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✻).
Physiologie.....	HEDON (✻).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP. (✻)
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✻).
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES. (✻).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✻).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN(✻).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale	N.
Médecine légale et toxicologie...	N.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique	MM. de ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	VEDEL, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✻), ag. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire..	SOUBEYRAN, (✻) a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards..	EUZIÈRE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé, (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON, ✻ (✻) d. (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELTT, (✻).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH ✻ (ch d'agr.).
GAUSSEL. (✻). ✻	J. DELMAS. ✻	VALLOIS ✻ (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBAUD. ✻	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MASSABUAU, *Professeur, Président*; DUCAMP, *Professeur*; GRYNFELT, *prof. agrégé* ; GAUSSEL, *prof. agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A Micheline del MAGGIO

En gage de mon sincère amour

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE JEANNE POUGET

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

INTRODUCTION

Par son étymologie, l'épulis est une tumeur développée au dépens des gencives et, par extension, du rebord alvéolaire des machoires ; Aussi peut-on parler d'épulis sarcomateuses, d'épulis épithéliales, rien dans l'étymologie du mot ne faisant préjuger de la nature de ces tumeurs. Il indique seulement leur situation.

De ce siège identique, qui les rend précocément accessibles à la vue et au toucher des tumeurs de structure anotomique différente tirent des caractères cliniques communs ; ce sont ces ressemblances qui justifient l'existence d'un groupe de tumeurs dont les limites sont tracées par la clinique, alors que l'anatomie pathologique, se basant sur les caractères plus précis de structure histologique, y voit des productions pathologiques de nature différente.

Dire que l'épulis est une tumeur du rebord alvéolaire des machoires n'est pas suffisant ; on ne désignera pas de ce terme un cancer ou un sarcome malin ayant son origine sur le rebord alvéolaire, et envahissant dans sa phase d'extension locale le corps de l'os. Pour qu'une tumeur née à tel endroit, puisse entrer dans le groupe dont nous nous occupons, il faut qu'elle reste limitée à son lieu précis d'origine, limitation qui lui conférera une bénignité relative.

L'épulis ainsi comprise se présente comme une tumeur uniquement définie par des caractères cliniques : son

siège sur le rebord alvéolaire, sa limitation à ce rebord, sans envahissement du corps des maxillaires, sa bénignité relative.

Mais ces caractères cliniques, avons nous dit, sont communs à plusieurs variétés histologiques d'épulis. On en distingue généralement deux : l'épulis fibreuse, tumeur rare, arrondie, implantée sur l'os ou le périoste ; l'épulis sarcomateuse, se présentant le plus souvent comme un sarcome à myéloplaxes.

C'est cette dernière variété, l'épulis sarcomateuse à myéloplaxes, que nous avons en vue dans ce travail. Après avoir étudié son étiologie, ses symptômes, sa structure anotomique, nous nous attacherons à montrer que, sous une même allure clinique et un même aspect macroscopique, peuvent évoluer des productions pathologiques pour lesquelles le microscope décèle cependant une origine différente ; qu'alors même que ces productions pathologiques se révèlent identiques jusque dans leurs détails de structure histologique, d'autres constatations, en permettant de pousser plus loin l'analyse, s'attaquent à l'unité apparente de ce groupe de tumeurs et en établissent la diversité d'origine.

HISTORIQUE = GÉNÉRALITÉS

Le terme d'épulis, disions-nous tout à l'heure, ne préjuge en rien la nature intime de la tumeur qu'il désigne ; aussi pendant très longtemps a-t-il servi à étiqueter des néoformations très différentes.

Jusqu'en 1840 et même plus tard on a décrit comme épulis aussi bien les cancers, les sarcomes, les tumeurs érectiles que les simples abcès et les fongosités les plus bénignes des gencives.

L'anatomie pathologique en a été étudiée d'une façon exacte par A. Paré, pour la première fois : « Epulis est une excroissance de chair qui se fait aux gencives entre les dents qui, peu à peu, croît, quelquefois de la grosseur d'un œuf ou plus, de façon qu'elle garde de parler et de mâcher, jetant une humidité saliveuse d'odeur fétide : et souvent se tourne en chancre, ce que l'on connaîtra par la douleur, chaleur et autres accidents ; et lors n'y faut toucher par l'œuvre des mains.

Mais, à celle qui n'est douloureuse, on la pourra extirper, ce qui se fera en la liant et serrant avec un fil double, jusqu'à ce qu'elle tombe, puis étant chute, faut cautériser sa racine, ou autrement reviendrait, avec un cautère canulé dessus décrit ou avec un potentiel comme huile de vitriol ou eau forte, si proprement appliqué qu'il ne fera lésion aux parties saines. J'en ai amputées qui étaient si grosses que parties d'icelles sortaient hors de la bouche : qui rendaient le malade fort hideux à

voir et jamais aucun chirurgien n'en avait osé entreprendre la guérison, à cause que la dite excroissance était de couleur livide et je considérais autre cette lividité qu'elle n'avait point un peu de sentiment : donc, je pris la hardiesse de la couper, puis cautériser, et le malade fut entièrement guéri, non toutefois en une seule fois, mais à plusieurs, à cause qu'elle repullulait, combien que je l'eusse cautérisée. Et qui en était cause, était une petite portion de l'os de l'alvéole où sont insérées les dents qui était altéré et pourri.

J'en ai souventes fois trouvées qui par long espace de temps s'étaient dégénérées en cartilage, voire en os ; et partout, le plus tôt qu'il sera possible, on viendra à la curation. Car, lorsqu'elles sont petites et non enracinées, sont plus faciles à curer, d'autant qu'on trouve seulement une humeur glaireuse, qui, petit à petit, s'endurcit et les rend très difficiles à curer ».

Après A. Paré, ces tumeurs ne sont étudiées que vers la fin du XVIII[e] siècle avec un peu de précision.

Dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, Bégin distingue deux sortes d'épulis : l'une molle, très vasculaire ; l'autre composée de tissus serrés, très peu vasculaires ; on y retrouve la division actuelle de l'épulis en tumeur sarcomateuse et fibromateuse.

Lebert en 1845 étudie ces tumeurs au microscope ; il les déclare nettement sarcomateuses : « Nous donnons aux sarcomes le nom de tumeurs fibroplastiques vu que nous avons à faire à un tissu qui n'est autre chose que du tissu cellulaire en voie de formation accidentelle ».

Lebert reconnait dans ces tumeurs les grandes cellules mullinucléées, les corps fusiformes de globules fibroplastiques allongées, les petites cellules arrondies à noyaux très marqués. Il sépare nettement le cancer du sarcome.

En 1847 Nélaton déclare ne diviser toutes les tumeurs des gencives ou épulis que par quelques caractères symptomatologiques. Ce n'est qu'en 1849 que le Professeur Robin montre que les éléments spéciaux décrits dans les sarcomes sont les parties essentielles de la moelle des os, *médullocelles* ou *myéloplaxes*.

Les cellules entrent en voie de multiplication, et : « de là résulte la production d'un tissu pathologique dans lequel elles prédominent, mais qui, bien que différent de la moelle, dérive d'un de ses éléments naturels qui a augmenté de quantité ».

Paget, en Angleterre, appelle ces tumeurs, dont il donne la même description, tumeurs *myéloïdes*.

Samuel, en 1857, laisse subsister à côté de la forme fibreuse et de la forme sarcomateuse de l'épulis, des tumeurs érectiles, des fongosités banales et du cancer.

Dans sa thèse de 1860, Nélaton, décrit nettement l'évolution clinique de ces tumeurs. Au point de vue anatomo-pathologique, la présence de myéloplaxes au sein des éléments fibro-plastiques, modifie sérieusement le pronostic de ces tumeurs.

Des travaux plus récents se sont occupés des sarcomes et ont modifié les notions que l'on avait sur eux ; à l'heure actuelle, la plupart des auteurs sous le nom d'épulis reconnaissent deux genres de néoplasme : le fibrome et le sarcome, nés de la charpente osseuse du bord alvéolaire, et qui, tant par leur point de départ, que par leurs symptômes, leur évolution et leur marche habituelle, paraissent former un ensemble, un tout, ayant une individualité bien nette et bien marquée ».

ETIOLOGIE

Poser le problème de l'étiologie de l'épulis serait vouloir résoudre celui si obscur de l'origine réelle de toutes les tumeurs.

Les causes générales les plus invoquées sont l'âge et le sexe. On ne parle pas de l'hérédité néoplasique au sujet de cette tumeur bénigne.

Au sujet de l'âge, Nélaton déduit de ses observations que le sarcome à myéloplaxes est rare après 30 ou 35 ans, et qu'on le rencontre dans l'enfance, surtout dans la jeunesse principalement de la quinzième à la vingt cinquième année. Estlander assigne comme limites extrêmes 24 et 69 ans.

Au sujet du sexe, Nélaton dit que les tumeur à myéloplaxes se voient avec une égale fréquence chez la femme et chez l'homme.

Les causes générales de l'épulis restent donc dans le vague. Mais il faudra rechercher avec plus de soin les causes locales, qui consistent en lésions irritatives de la mâchoire ou de la gencive : caries dentaires, avec subsistance d'un fragment de dent cariée après l'extraction, gingivites de toutes sortes, difficultés d'éruption de certaines dents.

Térillon propose l'explication étiologique suivante : ces tumeurs proviendraient de dents anormalement placées, ou mieux anormalement développées, soit par exemple que la canine ne perce pas et que la dent de lait correspondante reste en place. Il admet que l'épulis dérive

le plus souvent d'une dent ; qu'il y a un rapport entre la dent et la tumeur, et il donne comme preuve de ce qu'il avance que la simple extraction de la tumeur avec la dent garantit le plus souvent la guérison, alors que la récidive s'observe le plus souvent si on n'enlève que la tumeur.

On admet classiquement que le maxillaire inférieur est le siège de prédilection des épulis.

Quelle que soit la mâchoire où elle se produise, c'est au voisinage des molaires qu'on trouve l'épulis le plus souvent ; puis englobant la région des molaires et des incisives ; enfin uniquement au niveau des incisives.

Le malade lui, pour l'épulis comme pour les autres néoplasmes invoque souvent le traumatisme comme point de départ sans plus de certitude d'ailleurs dans un cas que dans l'autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect macroscopique du sarcome à myéloplaxes est assez caractéristique : on trouve fréquemment une tumeur enkystée, de coloration rouge sombre ou violacée, rappelant par son aspect et sa consistance la pulpe splénique abondamment vascularisée, de couleur brunâtre à la coupe, parfois même rouge foncée.

La tumeur est généralement recouverte par son épithélium de revêtement gingival, épithélium qui n'a plus d'ailleurs sa structure normale et présente des altérations morphologiques.

Ces altérations consistent la plupart du temps en une hypertrophie des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Cette hypertrophie se manifeste surtout dans les points où le tissu conjonctif sous-jacent présente une dilatation vasculaire marquée, et une infiltration embryonnaire diffuse. Elle consiste en un allongement des bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent dans les tissus sous-jacents, et en leur amincissement, sans que jamais les cellules épithéliales ne rompent la basale.

Cette altération des couches profondes de l'épithélium n'a rien de spécifique car elle se retrouve dans des conditions pathologiques diverses : dans certains cas de tuberculose, dans les lésions syphilitiques cutanées ou muqueuses, en général dans les cas où les couches profondes épithéliales sont le siège d'un processus irritatif quelconque, inflammatoire ou néoplastique.

Dans d'autres cas les bourgeons épithéliaux sont effacés ; la prolifération des tissus sous-épithéliaux tend la basale, naturellement gauffrée, qui les limite.

L'épithélium, ainsi modifié dans sa disposition par rapport aux tissus sous-jacents, peut l'être également dans sa structure intime. On peut le voir enflammé : dans ce cas ses limites avec le tissu conjonctif sous-jacent deviennent peu nettes ; la prolifération embryonnaire et l'infiltration leucocytaire se propagent à l'épithélium, dont on ne voit plus par place que quelques vestiges ; si l'épithélium est moins envahi, on voit des leucocytes insinués entre ses cellules ; celles-ci sont séparées les unes des autres par des espaces en forme d'entailles qui partent de la basale, et représentent le chemin suivi par les leucocytes migrateurs.

On peut trouver l'épithélium ulcéré : sur les bords de l'ulcération on constate l'amincissement de la couche des cellules épithéliales pavimenteuses. Au point ou elle manque, on trouve le tissu conjonctif proliféré, et infiltré. On peut trouver l'épithélium dégénéré : dégénérescence claire, avec tuméfaction du protoplasma.

D'autres fois l'épithélium est le siège de modifications plus profondes.

Les bourgeons épithéliaux s'enfoncent davantage dans le tissu conjonctif, sans s'amincir, s'élargissant au contraire comme s'ils s'épanouissaient. Les cellules constituantes de cette néoplasie subissent la transformation adamantine. Le tissu épithélial ne se contente plus de réagir secondairement : il prend part à la constitution du tissu propre de la tumeur, par l'épanouissement de ses bourgeons au sein des tissus sous-jacents. Dans ce cas l'épulis est dite épithélio-conjonctive, variété purement anatomique.

Sous l'épithelium ainsi modifié se développe la tumeur véritable dans le tissu conjonctif, siège d'une prolifération embryonnaire.

Parfois on trouve une zone intermédiaire à l'épithélium et au tissu sarcomateux. Elle est formée de tissu lache qui devient de plus en plus dense et fibrillaire à mesure qu'on se rapproche du tissu sarcomateux sous-jacent ; il est riche en vaisseaux, béants et enflammés pour la plupart et le plus souvent entourés d'une zone d'infiltration embryonnaire.

Quant au tissu sarcomateux lui-même il est constitué par un stroma formé de cellules fusiformes et de vaisseaux. Les cellules, comme leur nom l'indique, sont allongées suivant un de leurs axes ; leur noyau est ovoïde, riche en chromatine, allongé dans le sens de la cellule, volumineux, toujours bourgeonnant en quelque point ; souvent on le trouve en division indirecte atypique. Ces altérations nucléaires permettent de distinguer microscopiquement le sarcome de certains fibromes jeunes, riches en cellules et qui sont des tumeurs bénignes.

Les cellules sarcomateuses fusiformes sont placées les unes à côté des autres, dans le sens de leur grand diamètre, et se groupent sous forme de petits faisceaux s'entrelaçant en divers sens, et disposés autour des vaisseaux, centres parfois de véritables tourbillons de cellules sarcomateuses. Ces vaisseaux présentent un développement considérable, ce qui est une caractéristique de ces tumeurs à myléoplaxes ; une autre non moins importante, tirée de leur structure, est l'absence de paroi propre vasculaire : les vaisseaux, véritables lacunes sanguins, sont limités par les cellules mêmes de la tumeur, qui se groupent en circonscrivant des espaces où circule le sang, et sont dites de ce fait posséder le pouvoir angiogène.

Dans ce stroma constitué par des cellules fusiformes groupées en faisceaux, et par des vaisseaux sanguins nombreux, on trouve en grand nombre l'élément carac-

téristique de ce genre de tumeurs, celui d'où elles tirent leur nom : des cellules géantes, multinucléées, les myéloplaxes de Robin, en nombre variable, mais toujours considérable. Ce sont des masses protoplasmiques très irrégulières, granuleuses, s'anastomosant parfois entre elles et presque toujours pourvues de petits prolongements irréguliers. Ces cellules possèdent un nombre considérable de noyaux, plusieurs centaines parfois ; ils sont irrégulièrement disposés au sein du protoplasma, n'affectant pas la disposition régulière en colerette marginale qui s'observe dans les cellules géantes des tubercules à bacilles de Koch.

Quelle est la signification de ces myéloplaxes ? Elle est encore obscure. Ce sont peut-être des cellule d'origine médullaire ou périostique, comparables aux ostéblastes de l'os normal ou enflammé ; Malassez les considère comme des cellules vaso-formatives ; certains aspects histologiques, certaines conditions dans lesquelles se développent ces tumeurs rendent plausibles l'hypothèse qu'il s'agit là de véritables cellules géantes, ayant par conséquent même origine que les cellules géantes tuberculeuses, syphilitiques ou sporotrichosiques : une cellule conjonctive hypertrophiée en vue de la phagocytose, englobant leucocytes et globules rouges.

ETUDE CLINIQUE

I. — Symptomes

L'épulis évolue en deux périodes, l'une de début, où seuls les signes subjectifs existent, l'autre d'état, où les symptômes objectifs se révèlent.

Période de début. — La tumeur à ce moment n'existe pas, ou plutôt elle est intra-alvéolaire et invisible. Le symptôme qu'accuse le malade est la douleur, sous forme d'odontalgie, parfois atroce ; elle est produite non seulement par la compression de la racine de la dent occupant l'alvéole où se développe la tumeur, mais aussi par la compression du paquet vasculo-nerveux qui s'y rend. Cette douleur ne se limite généralement pas au point malade ; elle irradie dans toute la mâchoire ; pour préciser exactement le siège de la tumeur en formation, il faut recourir au palper méthodique de toutes les dents, celle sous laquelle se développe l'épulis étant d'ordinaire beaucoup plus sensible à la pression que les autres.

La tumeur augmente de volume, tout en restant encore invisible ; elle soulève la dent, qui devient mobile, celle-ci tombe spontanément, ou le malade la fait arracher. A ce moment la douleur cesse. Ce stade de douleur manque si l'épulis se développe dans une alvéole vide ou dans un espace interdentaire. La douleur disparue, le malade se croit guéri. Cependant la tumeur continue à se développer et apparait dans l'alvéole

libre. Si celle-ci était primitivement vide, c'est au moment où l'épulis devient visible que s'ouvre la phase clinique de la maladie.

Période d'état.— Les signes objectifs ont pris le pas sur les symptômes subjectifs. La gencive, supérieure ou inférieure, est le siège d'une tumeur se présentant sous forme d'une masse arrondie, lisse, de coloration brune ou violacée, généralement sessile, de consistance assez molle, très vasculaire, présentant parfois des battements. On la compare à une fraise des bois, à un pois, à une noisette, à une figue sèche suivant sa taille.

L'épulis se développe de préférence sur la face antérieure de la gencive. Son accroisement est lent. La tumeur enchâsse pour ainsi dire les dents voisines en se moulant sur elles et en les déplaçant peu à peu.

Quand la tumeur est volumineuse son aspect arrondi se modifie ; elle se conforme aux contours des parois qui l'entourent, joues ou langue.

Le seul trouble fonctionnel qu'occasionne une épulis à sa période d'état est la gêne de la mastication dûe justement à cet accroissement de volume. L'épulis est toujours indolente. D'ailleurs comme son accroissement est très lent, les troubles de la mastication n'apparaissent que tardivement.

La muqueuse, au niveau de la tumeur, est saine. Parfois recouverte d'un enduit pultacé qui pourrait faire croire à sa lésion, elle apparait normale par léger grattage. Souvent elle produit un suintement fétide ; les hémorragies sont tout à fait exceptionnelles.

Les ganglions correspondants sont sains.

L'allure est donc celle d'un néoplasme tout à fait bénin. L'épulis doit être considérée comme telle bien que les récidives se voient assez fréquemment. Mais ces récidives restent locales, et cèdent au traitement chirurgical.

Période d'ulcération. — Elle est très rare. La perte de substance se produit par frottement, par usure. La tumeur devient alors violacée, se ramollit. La brèche de la muqueuse ouvre la porte à l'infection, les ganglions peuvent se prendre. Mais il s'agit alors d'un engorgement secondaire.

La terminaison fatale, très rare, est due à l'infection la généralisation, la transformation en sarcome malin.

II. — Formes Cliniques

Nous avons vu que le siège de la tumeur avait de de l'influence sur la symptômatologie du début : quand elle se développe sur une des faces de la gencive, dans un espace interdentaire, au fond d'une alvéole libre, la phase douloureuse du début manque. Au contraire, celle-ci est très marquée dans les formes névralgiques, dûes à une compression violente du paquet vasculo-nerveux dentaire.

L'épulis sarcomateux à myéloplaxes a une consistance moins ferme, une coloration plus foncée, parfois violacée. Ces caractères macroscopiques correspondent à une structure histologique particulière, mais pour les autres variétés d'épulis, le diagnostic histologique de la tumeur ne peut se faire que par l'étude de ses caractères microscopiques.

PRONOSTIC et TRAITEMENT

Le pronostic de l'épulis est généralement bénin, même dans les formes sarcomateuses. La santé n'est ordinairement pas altérée. Le traitement chirurgical, sous forme d'ablation suffisamment large, débarasse définitivement le malade de la tumeur qui le gênait

Les récidives qui se produisent lorsque l'intervention n'a pas été complète cèdent bien à une deuxième intervention.

On cite la généralisation dans des cas exceptionnels.

Enfin si le malade ne se fait pas opérer, l'épulis peut dégénérer en un sarcome malin ; il se produit le même phènomène qu'au sein ou un adénome, tumeur épithéliale bénigne dégénère en carcinome, le plus mauvais des cancers. Mais ce sont là faits exceptionnels.

L'épulis, qui a les allures cliniques d'un néoplasme bénin, doit être considéré comme tel. Il semble qu'il y ait là quelque chose de choquant, lorsqu'on songe à la nature histologique de cette tumeur : sarcome à myéloplaxes. Ce terme de sarcome s'allie mal à l'idée de bénignité : les interventions sur les autres variétés de sarcome, quelques favorables que soient les conditions dans lesquelles le chirurgien les exécute, laissent l'opéré sous la menace de la récidive à plus ou moins bref délai. Aussi peut-on se demander s'il s'agit bien là de sarcomes, et si ce n'est pas trompé par une apparence morphologique qu'on a introduit dans ce groupe de tumeurs mauvaises une néoplasie si dépourvue de ca-

ractères de malignité. Cette bénignité de l'épulis sacormateux étant un gros argument clinique pour qu'on voit en cette tumeur autre chose que du sarcome, c'est ici que nous poserons la question de son origine, essayant, dans les pages suivantes, d'esquisser une réponse à la faveur d'autres arguments.

PATHOGÉNIE

Dans l'observation inédite (obs. I) que nous devons à sa bienveillance, M. le professeur Massabuau signale le cas d'un malade atteint de tumeur du maxillaire supérieur, dont l'évolution clinique est telle que l'on n'hésite pas à porter le diagnostic d'Epulis sarcomateuse du maxillaire supérieur.

Et pourtant le microscope montre, sans qu'aucun doute soit possible, dans le tissu de cette tumeur, de nombreuses cellules géantes tuberculeuse typiques. Devant de telles lésions il n'est pas possible de songer à autre chose qu'à la tuberculose.

Ce fait est extrêmement intéressant. Il s'agit d'un cas typique où l'infection tuberculeuse a produit une néoplasie évoluant cliniquement comme une épulis sarcomateuse. Seule l'étude histologique de la tumeur a permis de faire le diagnostic.

Ce fait ne peut-il s'observer ailleurs qu'aux maxillaires ? Autrement dit la tuberculose ne peut-elle réaliser qu'à ce niveau une néoplasie cliniquement semblable à un sarcome, mais de structure histolgique différente ?

Les faits rapportés prouvent que différents organes peuvent réagir à l'infection tuberculeuse suivant une modalité qui donne à la néoplasie l'allure clinique du sarcome. D'une façon générale il s'agit là de formes hypertrophiques de la tuberculose qui en imposent au premier abord pour des tumeurs. Nous parlerons plus

loin de ces tuberculoses hypertrophiques, nous dirons les difficultés de diagnostic qu'elles peuvent créer au niveau de différents organes, et nous tâcherons de tirer de leur existence quelques arguments en faveur de cette thèse : que certaines tumeurs sarcomateuses ne sont que des réactions du tissu conjonctif à l'infection tuberculeuse.

Le cas particulier qui nous occupe en ce moment, le sarcome à myéloplaxes, ou plutôt une forme voisine, le myélome, peut se trouver réalisé macroscopiquement et cliniquement par l'infection tuberculeuse des gaines tendineuses. Une observation de MM. les Professeurs Forgue et Massabiau parue dans la Presse Médicale du 23 octobre 1909 est particulièrement démonstrative à ce sujet. Elle peut servir de pendant, en ce qui concerne la pathologie des gaines tendineuses, à l'observation de M. le Professeur Massabuau relative à l'épulis tuberculeuse.

L'aspect macroscapique et l'allure clinique de la tumeur par eux décrite ne faisaient pas penser à la tuberculose, tout au moins à ses formes classiques au niveau des gaines synoviales : synovite fougueuse et synovite à grains.

On était plutôt amené à penser à une forme des sarcomes des gaines décrits par Heurteaux et Malherbe sous le nom de myélomes, tumeurs petites, lobulées, adhérent intimement aux tendons, bénignes. Elles diffèrent des sarcomes à myéloplaxes par les caractères de leurs cellules géantes qui revêtent le type des myéloplaxes de la moëlle osseuse en activité, myéloplaxes moins volumineux, normaux.

Or si la tumeur observée par MM. les Professeurs Forgue et Massabuau se rapprochait bien par ses caractères cliniques des myélomes des gaines, rien, dans sa structure histologique, ne permettait de maintenir

un tel rapprochement : le microscope montrait des follicules tuberculeux nets. La nature tuberculeuse de cette néoformation était indiscutable. Le terme de tuberculome hypertrophique en définit bien les caractères essentiels. Il ne s agissait là que d'un cas particulier d'une forme bien connue, la tuberculose hypertrophique.

Cette observation comporte une conclusion intéressante : de même que l'épulis observée par M. le Professeur Massabuau, était de nature tuberculeuse, ce qui signifie que l'infection tuberculeuse est capable de réaliser cliniquement au niveau des gencives des néoplasies évoluant comme les tumeurs les plus communes de ces régions, le sarcome à myéloplaxes ; de même la tuberculose peut réaliser au niveau des gaines tendineuses des néoplasies semblables cliniquement à une variété de sarcome voisine du sarcome à myéloplaxes, le myélome ; il s'agit, dans un cas comme dans l'autre, d'une similitude clinique, car l'étude histologique permet de diagnostiquer la lésion tuberculeuse.

Cette forme hypertrophique de la tuberculose au niveau des gaines tendineuses n'est pas la seule qui prête à confusion avec certains néoplasmes. Une étude intéressante à faire à ce sujet, est celle de la tuberculose hypertrophique du cœcum.

L'affection, qui a un début lent et insidieux, évolue, en quelques mois ou plusieurs années, au milieu de troubles intestinaux, douleurs dans la fosse iliaque droite, diarrhée, constipation, vomissements.

L'exploration montre, dans la fosse iliaque droite, une induration, une masse, un gâteau, du volume d'une noix à une orange : induration diffuse, inégale, bosselée ; ou bien tumeur assez nettement circonscrite, mobile ou immobilisée par des adhérences aux tissus de la fosse iliaque et à la paroi abdominale.

D'après une telle symptomatologie on conçoit que le diagnostic du tuberculome hypertrophique soit à faire d'avec n'importe quelle tumeur de la fosse iliaque droite.

La ressemblance sera même poussée plus loin : la tumeur une fois enlevée, on pourra encore la prendre pour un lymphosarcome, pour un cancer, tant à cause de son apparence extérieure que de son aspect intérieur.

Dans le cas d'une malade opérée par Bouilly (Dieulafoy) quand on eut enlevé la tumeur, on crut à un cancer du cœcum ; à un premier examen microscopique Pilliet crut à un lymphosarcome ; ce n'est qu'à un nouvel examen qu'il reconnut qu'il s'agissait de tuberculose hypertrophique du cœcum. Dans un cas rapporté par Chavannaz et Carrière à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, on crut à un cancer du cœcum, même quand on eut la pièce sous les yeux : c'est à l'examen histologique qu'on reconnut la nature tuberculeuse de la tumeur.

Les lésions histologiques de cette tuberculose hypertrophique cœcale se résument ainsi :

1° Hypertrophie de la muqueuse avec formation de follicules tuberculeux, et infiltration embryonnaire énorme ;

2° Hypertrophie de la sous muqueuse entièrement modifiée dans sa structure par les cellules embryonnaires.

3° Epaississement variable de la musculaire traversée en nappe continue par les cellules embryonnaires, par des follicules ;

4° La sous-séreuse hyperplasiée contient surtout des tubercules massifs à évolution fibreuse qui donnent à la paroi sa rigidité.

La caractéristique est le peu de lésions purement tuberculeuses, et l'association d'une inflammation banale

intense. La proportions de ces deux éléments varie pour chaque cas, et aux différentes périodes de l'évolution.

Si nous avons insisté sur cette forme de tuberculose hypertrophique cœcale, c'est à cause des résultats de l'étude histologique : voilà une tumeur de la fosse iliaque dont les allures cliniques et l'aspect macroscopique tromperaient sur sa véritable origine ; le microscope y révèle des lésions tuberculeuses ; mais la caractéristique de cette tumeur est justement le peu de lésions purement tuberculeuses, et l'association d'une inflammation banale intense. Un pas de plus est fait. Le bacille de Koch est présent, le microscope le décèle ; la nature de la tumeur est donc indiscutable. Mais les lésions qu'il produit deviennent de moins en moins caractéristiques, et leur ressemblance de plus en plus grande avec des tissus de tumeurs malignes comme le lymphosarcome.

Nous trouvons ici un terme de passage, une sorte de pont, dans la série des formes de tuberculose hypertrophique, entre celles qui ont gardé leur structure histologique typique (observations I et II) et celles, dont nous allons parler maintenant, où la réaction des tissus à l'infection par le bacille de Koch a produit des tumeurs de structure histologique identique à celle de véritables sarcomes.

Devant des observations comme celle de l'épulis tuberculeuse observée par M. le Professeur Massabuau, une remarque et une question viennent à l'esprit : l'infection tuberculeuse, tout en gardant sa structure histologique typique, a réalisé une tumeur qui en impose macroscopiquement en tous points pour un sarcome à myéloplaxes. L'étude histologique a permis de distinguer cette épulis tuberculeuse de l'épulis sarcomateuse, la plus communément observée.

Cette distinction est elle bien justifiée ? La tuberculose, poussant plus loin la ressemblance, ne peut elle pas

aller jusqu'à imiter exactement la structure histologique de l'épulis sarcomateuse ? Ce qui revient à se demander si cette dernière variété n'aurait pas en réalité la tuberculose à son origine.

On sait que la tuberculose réalise, à côté de ses lésions folliculaires typiques, des lésions plus diffuses à cellules géantes disséminées : ces formes, qui élargissent le cadre des lésions tuberculeuses sont les formes inflammatoires. Ces lésions de tuberculose inflammatoire sont caractérisées dans certains cas par l'absence de tubercules, l'examen histologique des organes d'élection révélant cependant des altérations microscopique dont quelques unes présentent les caractères du tubercule classique. Dans d'autres cas, la dissemblance est poussée plus loin : le follicule de Koster manque totalement ; les tissus des organes d'élection sont infiltrés de leucocytes ; au sein de cette infiltration leucocytaire, siégeant entre les éléments nobles de l'organe, le microscope décèle des amas de cellules épithélioïdes, et de ci de là quelques cellules géantes, pouvant siéger en dehors des amas leucocytaires ou épithélioïdes.

Cette structure anatomique s'éloigne complètement de celle des lésions tuberculeuses classiques. Et pourtant le porteur de telles lésions est bien tuberculeux. Il réagit à la tuberculine ; l'oculo-réaction est chez lui positive ; son sérum agglutine à un taux élevé.

Pour le cas plus particulier qui nous occupe dans ce travail, qu'on nous permette de citer l'opinion de M. le Professeur Delbet : " On range cliniquement dans les sarcomes, disait-il en 1897 dans son Traité de Chirurgie Clinique, bien des cas de tumeurs tuberculeuses, c'est-à-dire engendrées par le bacille de Koch. La distinction n'est d'ailleurs pas facile, ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique. "

Il cite à l'appui de cette affirmation une bien curieuse

observation qui nous intéresse particulièrement puisqu'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes.

Ayant observé chez un jeune garçon une tumeur de la partie inférieure du fémur, il en préleva un fragment dont l'examen histologique fut fait par Cornil qui porta le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. La désarticulation de la hanche fut pratiquée, l'enfant guérit, n'eut jamais de récidive. Cornil ayant alors conçu quelques doutes sur la nature de cette tumeur reprit son étude, y trouva des bacilles de Koch, et conclut à sa nature tuberculeuse.

En 1908, à la Société de Chirurgie, le Professeur Delbet affirmait à nouveau sa conviction : " que certaines tumeurs à myéloplaxes ne sont que des formes de tuberculose, et qu'il y a une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes. "

A l'appui de ces affirmations nous allons nous attacher à montrer :

1° Que la tuberculose est capable de susciter des réactions conjontives non folliculaires dont la structure est celle de certaines tumeurs ;

2° Que la tuberculose peut réaliser le type exact du sarcome à myéloplaxes avec non seulement l'aspect clinique et macroscopique comme dans l'observation I, mais aussi l'aspect histologique.

I. — Les observations III, IV, V, prouvent l'existence de ces tumeurs de nature tuberculeuse à structure non folliculaire.

a) Un lymphadénome, dont la malignité s'est affirmée par l'extension énorme du foyer primitif et par les métastases, démontré bacillaire par la constatation directe du bacille dans la lésion primitive et dans un foyer métastatique, est identique histologiquement au lymphadénome classique.

b) Une petite néoplasie a la structure histologique d'un sarcome fuso-cellulaire à petites cellules ; elle ressemble en certains points au sarcome fasciculé ; en d'autres au fibro-sarcome ; ça et là sont dissiminées des cellules géantes ; la néoplasie a donc la diversité habituelle des sarcomes. Elle est identique par sa structure et par sa diffusion commençante aux tumeurs malignes. La nature bacillaire de cette néoplasie, que l'on pouvait soupçonner par son développement chez un tuberculeux évident, était rendue presque certaine par la constatation de follicules tuberculeux caractéristiques compris dans la tumeur même et à sa périphérie, follicules entourés de cellules de transition intermédiaires à la cellule sarcomateuse et à la cellule fixe enflammée ; elle était affirmée sans conteste par les résultats positifs de l'inoculation.

Cette observation prouve que le bacille de Koch peut réaliser des nodules histologiquement identiques à ceux du sarcome vrai.

II. — L'observation de Cornil-Delbet, constitue une preuve que la tuberculose est susceptible de réaliser le type exact de la tumeur à myéloplaxes avec non seulement l'aspect clinique et macroscopique, mais aussi l'aspect histologique.

L'observation V constitue un autre argument en faveur de cette thèse. En effet, suivant les points de cette tumeur observée, qui est un tuberculome sous cutanté du doigt, on dira tuberculome fibreux avec cellules géantes nombreuses, irrégulières, ou fibro-sarcome à myéloplaxes. En effet, les cellules multinuclées ont tous les caractères du myéloplaxes des tumeurs, et l'on note toutes les transitions entre les cellules géantes tuberculeuses et les cellules gigantesques, véritables myéloplaxes. C'est un tuberculome d'aspect très spécial. Sa

structure qui est celle du fibro-sarcome avec myéloplaxes dans une grande partie de son étendue semble prouver que le bacille de Koch peut réaliser des réactions histologiquement identiques à celles des tumeurs malignes à myéloplaxes.

Ces quelques exemples prouvent que le bacille de Koch est capable de susciter toute la série des réactions conjonctives néoplasiques, autrement dit il est capable d'édifier des tissus identiques histologiquement à ceux des tumeurs conjonctives vraies.

Le bacille de Koch créerait d'abord une réaction inflammatoire banale qui progressivement deviendrait néoplasique.

Il ramène d'abord les cellules lymphatiques et conjonctives à un stade indifférencié ; la cellule irritée acquiert peu à peu les caractères de la cellule néoplasique : dysharmonie des éléments de la cellule entre eux (hypertrophie du protoplasme, du noyau, du nucléole, karyokinèses anormales), dysharmonie des cellules entre elles dans leur agencement réciproque, dysharmonie des tissus entre eux (envahissement des tissus par les cellules néoplasiques). La puissance de flexion de la cellule lympho-conjonctive et l'unité du système mésodermique expliquent la diversité de ces réactions néoplasiques bacillaires.

Cet ensemble de faits observés au derme et à l'hypoderme prouve que le bacille de Koch peut créer des réactions histologiquement identiques aux tumeurs conjonctives et toute la série de ces réactions. Mais ces réactions bacillaires sont elles de vraies tumeurs au sens clinique et anatomique du mot ? Localement, elles peuvent avoir les caractères des tumeurs dont le principal est la diffusion, les bénignes autant que les malignes. Mais les réactions bacillaires néoplasiques identiques aux tumeurs conjonctives malignes ont elles le carac

tère essentiel de la malignité qui est la pullulation métastatique ? Les observations manquent pour répondre. Dans le cas du lymphadénome dont nous rapportons l'observation histologique, on ne peut dire s'il s'agissait d'une généralisation des cellules ou du bacille, si les noyaux métastatiques étaient dus à une greffe cellulaire ou à une infection microbienne.

En tout cas on peut déjà affirmer, et ce sera la conclusion de ce travail, que le bacille de Koch peut créer des réactions néoplasiques identiques histologiquement à des tumeurs conjonctives.

Ainsi se continue le démembrement des tumeurs conjonctives qui apparaissent de plus en plus comme des syndrômes anatomo-cliniques dûs à des causes diverses, la pluplart ignorées, infectieuses sans doute, parmi lesquelles la tuberculose.

OBSERVATION I

Obs. inédite ; dûe à l'obligeance de M. le Professeur Massabuau

J. C. âgé de 35 ans, employé des postes, se présente à nous le 15 avril 1920. Il présente depuis trois mois environ, dans la bouche, au niveau de l'arcade dentaire supérieure droite, une nodosité qui a augmenté progressivement de volume sans déterminer de gêne ni de douleur : la dernière molaire supérieure droite est tombée il y a un mois environ. Dans les antécédents nous notons une pleurésie dans le jeune âge.

A l'examen, la bouche largement ouverte, on constate au veau du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit dans sa partie postérieure, au niveau de la dernière molaire absente, l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse noisette environ. La tumeur recouverte par la gencive empiète sur la face antérieure du maxillaire supérieur. Elle a une forme trilobée avec un lobe antérieur volumineux et un lobe postérieur du volume d'un pois environ, qui semble être une sorte de prolongement en arrière de la masse principale. La gencive à la surface de la tumeur n'est pas ulcérée ; elle est rougè, anormalement vascularisée, et n'est pas mobile sur la masse sous-jacente ; la tumeur est en outre adhérente au rebord alvéolaire ; sa consistance est ferme, nullement ramollie en aucun de ses points.

C.. est un homme amaigri, dont l'état général est assez précaire. L'examen des poumons décèle au niveau du sommet droit de l'obscurité respiratoire et quelques frottements pleuraux. Cœur normal.

Le diagnostic porté est celui d'Epulis sarcomateuse du maxillaire supérieur.

Intervention le 22 Avril 1920. La tumeur est enlevée facilement aprés incision de la gencive, mais au moment où l'on rugine la paroi antérieure du sinus maxillaire dans sa partie inférieure, celle-ci, très friable s'effondre et le sinus est ouvert : il n'y a dans sa cavité aucun prolongement du petit néoplasme, ni fongosité appréciable : résection du rebord alvéolaire.

Suites opératoires simples. Le malade sort guéri le 15 mai 1920.

Etude Macroscopique de la tumeur. — A la coupe, la consistance de la masse est ferme et homogène : il n'existe ni formations kystique ni foyers de ramollissement. Sa couleur est jaunâtre parsemée d'un léger piqueté hémorragique et de foyers de coloration plus foncée disséminés, du volume d'une tête d'épingle environ.

Etude histologique. — Dans les zônes les plus profondes la tumeur est constituée par un tissu fibreux très dense pauvre en cellules, dans lequel on constate de nombreuses fentes vasculaires.

Autour de ces fentes existe une prolifération conjonctive embryonnaire qui, en certains points prend l'aspect de véritables nodules inflammatoires. A mesure qu'on s'avance vers les parties superficielles de la masse, les nodules embryonnaires périvasculaires deviennent de plus en plus nombreux. Ils sont constitués par des cellules du type lymphocytaire. On aboutit ainsi progressivement à une vaste zône d'infiltration inflammatoire qui prend les curieux caractères suivants :

En certains points on constate l'existence de follicules tuberculeux indiscutables ; tous ces follicules sont remarquables par l'abondance des cellules géantes tuberculeuses typiques, avec les noyaux toujours disposés en couronne à la périphérie de l'élément. Dans quelques uns de ces follicules existent de nombreuses

cellules épithélioïdes et des cellules embryonnaires. Il s'agit donc de follicules tuberculeux typiques, mais dans lesquels en aucun point on ne constate de début de caséification. Il existe dans la tumeur principalement une zône que l'on peut appeler zone des follicules tuberculeux.

Quand on s'éloigne de cette zône on aboutit à la structure suivante : un foyer étendu d'inflammation diffuse. Le tissu enflammé est constitué en partie par des cellules du type lymphocytaire, en partie par des cellules fusiformes se rapprochant du type de la cellule conjonctive adulte, et séparées les unes des autres par des fibres conjonctives. Au sein de cette prolifération inflammatoire existent un nombre considérable de cellules géantes, grands placards multinucléés dont les noyaux sont presque toujours disposés en couronne à la périphérie du protoplasme. Ces cellules géantes sont par endroit si nombreuses que dans un seul champ du microscope on en peut compter jusqu'à vingt.

Ainsi donc dans cette tumeur on constate l'existence de follicules tuberculeux typiques indiscutables : on aboutit progressivement à des plages d'infiltration diffuse au sein desquelles sont disséminées de nombreuses cellules géantes, et enfin on arrive à des zônes fibreuses dans lesquelles on peut encore voir ça et là des cellules géantes isolées, encerclées de tissu conjonctif adulte.

OBSERVATION II

(in Presse Médicale du 20 octobre 1909 par MM. les Professeurs Forgue et Massabuau)

Une femme de 40 ans, domestique dans une famille de tuberculeux ouverts, qui toussent et crachent, se pique avec couteau de table, au niveau de la gaine carpienne du fléchisseur du pouce et voit apparaître, au lieu même de la piqûre, une petite nodosité, grosse comme un pois, qui reste stationnaire : c'est la lésion d'inoculation.

Puis, c'est la partie antibrachiale de la gaine interne de la même main qui devient le siège d'une tuméfaction progressive, gênant les mouvements de flexion de la main et provoquant quelques douleurs spontanées.

Cette lésion évolue lentement; quand la malade entre dans notre service, c'est une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule aplati parrallèlement à l'axe des tendons, dont elle masque le relief, descendant jusqu'au pli de flexion inférieur du poignet, remontant à trois travers de doigts au dessus. Cette tumeur nous frappe par sa consistance ferme, dure, par quelques lobulations irrégulières de sa surface, par sa non communication avec la portion pulmaire de la gaine en bissac, par l'absence de toute crépitation, de tout point fluctuant, par l'adhérence intime avec le paquet tendineux.

Etude Histologique. — Dans ses points les plus typiques, la tumeur est formée par des amas cellulaires, de forme générale assez régulièrement arrondie, et séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif

qui s'épaissit et se condense à la périphérie des nodules pour leur constituer une sorte de coque enveloppante.

Le nodule lui-même est formé de fibres conjonctives nombreuses s'entrecroisant dans tous les sens, délimitant des mailles très irrégulières dans laquelles s'agglomèrent des cellules de trois aspects : 1° cellules rondes à gros noyau, de type lymphocytaire ; 2° des cellules plus volumineuses, disséminées sans ordre, possédant un ou deux noyaux, et dont le protoplasme se colore bien par les réactifs ; 3° de véritables cellules géantes occupant tantôt le centre de la formation, tantôt situées plus ou moins à la périphérie ; les noyaux multiples sont souvent disposés en couronne à la périphérie de l'élément ; leur protoplasme acidophile présente un contour irrégulier, avec souvent des prolongements qui vont se perdre dans le tissu voisin ; elles ont tous les caractères histologiques de cellules géantes tuberculeuses.

Les travées conjonctives qui séparent ces nodules tuberculeux en voie de transformation fibreuse forment de larges bandes de tissu conjonctif fortement épaissi et hypertrophié, très peu envahi par l'infiltration embryonnaire.

En d'autres points, les limites des nodules sont moins nettement marquées ; il semble que les granulations confluent, et on se trouve en présence d'un tissu d'infiltration embryonnaire au milieu duquel on reconnait çà et là quelques cellules géantes ; il existe en certains points quelques foyers de nécrose caséeuse, mais ces zônes de dégénérescence sont peu étendues ; il n'existe en aucun point de véritable ulcération.

La lésion dominante consiste dans le processus de réaction conjonctive autour des foyers tuberculeux et dans les nodules tuberculeux eux mêmes, processus qui aboutit dans certaines préparations, à la formation de

larges à placards de tissu conjonctif, riche en fibres, pauvre en cellules, non infiltré par le processus tuberculeux.

Il y a des vaisseaux sanguins dans le tissu conjonctif de la néoformation, leurs parois sont toujours épaissies, atteintes d'endo-périvascularite.

OBSERVATION III

GOUGEROT

In Journal de Physiologie et de Pathalogie générales, p. 1607

Lymphadénome cutané bacillaire

Le début (1905) avait été « à la lèvre inférieure une crevasse reposant sur un nodule induré . . . la crevasse devient une ulcération, se creuse, devient phagédénique. La gencive supérieure s'ulcère d'une ulcération semblable phagadénique qui envahit la lèvre supérieure . . . les deux ulcérations labiales font d'effrayants progrès. En 4 mois, la néoplasie avait détruit toute la lèvre inférieure, entamé la lèvre supérieure, dénudé le maxillaire supérieur. L'examen histologique fait au laboratoire de M. Sabouraud sous la direction de Dominici, ne laisse aucun doute sur le diagnostic lésionnel de lymphadénome, mais l'étiologie échappe ». Le malade se cachectise. Les ulcérations ne cessent de s'accroître, elles envahissent toute la figure, le front, les paupières, les joues, le menton, le bucco-pharynx, détruisant les piliers et le voile du palais, dénudant la voûte palatine et les maxillaires ; elles se cicatrisent d'un côté pendant qu'elles se creusent de l'autre à la façon de certains lupus. Deux lésions métastatiques identiques apparais-

sent aux membres inférieurs. Des examens répétés en 1906 et 1907 finissent par découvrir le bacille de Koch dans l'ulcération labiale, et dans l'une des tumeurs des membres. Cependant le malade devient tuberculeux pulmonaire, il meurt en juillet 1908, et l'autopsie faite par mon excellent collègue Bailly, révèle des localisations tuberculeuses viscérales.

Ce lymphadénome présentait donc le caractère clinique de malignité locale (extension progressive) et de malignité générale (métastases et cachexie).

Histologiquement le tissu de la néoplasie est celui d'un lymphadénome ou lymphocitome :

L'infiltrat envahit toute l'épaisseur du derme, dissocie l'hypoderme et les muscles sous-jacents, la néoplasie est lymphocytique. Cet infiltrat procède par nodules centrés, soit par des vaisseaux sanguins et lymphatiques, soit par des conduits excréteurs des glandes labiales. Les cellules qui composent les nodules sont rondes ou polygonales, embryonnaires : noyaux arrondis ou légèrement échancrés, bordure protaplasmique étroite, grains de chromatine centraux volumineux, grains de chromatine périphériques minimes et rapprochés, ce qui les différencie des plasmazellen. La taille de ces cellules embryonnaires est égale à celle des lymphocytes, ou des cellules germinatives de dimension moyenne que l'on peut trouver dans les follicules des ganglions. Ces éléments sont logés dans un stroma conjonctif à travées fines, comparable au stroma réticulé des organes lymphoïdes. Il est à remarquer toutefois que les cellules conjonctives, qui font partie de ce troma, sont hypertrophiées suivant le mode inflammatoire.

Les vaisseaux sanguins ou lymphatiques qui traversent les nodules embryonnaires sont en réaction ; ils sont agrandis, leurs cellules endothéliales tuméfiées et saillantes peuvent même desquamer dans la cavité vasculaire.

Les leucocytes y sont plus nombreux que dans les conditions normales, mais il est à remarquer que ces leucocytes sont essentiellement des mononucléaires qui émigrent à travers les parois des vaisseaux, dont le tissu conjonctif prend un aspect réticulé identique à celui du tissu conjonctif environnant ; en un mot les parois de ces vaisseaux sont le siège d'une infiltration lymphatique, de même que le tissu conjonctif qui compose le reste du nodule embryonnaire.

Une vascularite que j'ai retrouvée dans d'autres tuberculoses non folliculaire aigües est l'endartérite mononucléaire sous-endothéliale : l'endothélium enflammé forme un revêtement continu, la lumière reste intacte quoique retrécie, la musculo-élastique légèrement infiltrée est peu altérée ; la lésion sous-endothéliale est un infiltral de grands et petits mononucléaires infiltrés entre l'endothélium et la musculo-élastique, formant une bande souvent plus large que le reste de la paroi artérielle.

OBSERVATION IV

(Gougerot. In Journal de Physiologie et Pathologie générale)

Sarcome fuso-cellulaire Bacillaire

Un gros nodule sous-rolulien de 8 à 10 millim., rouge violacé, saillant sous l'épiderme observé chez un tuberculeux pulmonaire au début de la période de ramollissement, en est l'exemple : la petite tumeur, qui datait de plusieurs mois, ne cessait de s'accroître. Histologiquement la néoplasie est identique aux tissus des sarcomes bacillaires les plus malins. La nature bacillaire a été démontrée par l'inoculation positive au cobaye et par la présence des follicules tuberculeux à la périphérie de la tumeur. Le nodule, de 8 millim. environ de diamètre, occupe toute l'épaisseur du derme, il envahit en haut les papilles, soulevant l'épiderme qui reste intact en s'hypertrophiant, en bas il infiltre le derme profond et l'hypoderme . Ses bords sont diffus, les cellules dissocient les fibres collagènes du derme et les troussseaux élastiques dont les tronçons se retrouvent en pleine tumeur ; elles suivent les vaisseaux, notamment les veinules les entourant de traînées plus ou moins épaisses ; en plusieurs points, il est impossible de préciser où finit la masse sarcomateuse, car la transition est progressive entre les cellules sarcomateuses et les cellules fixes enflammées et multipliées, disséminées entre les faisceaux collagènes du derme environnant.

La masse de la petite tumeur a partout une structure identique, elle est constituée presque exclusivement de cellules fusiformes et polygonales basophiles tassées les unes contre les autres, identiques aux cellules des sar-

comes fuso-cellulaires : leur ordination est variable, tantôt elles sont irrégulièrement entrecroisées, tantôt elles sont plus ou moins parallèles, formant de larges travées de sarcome fasciculé, tantôt elles sont concentriquement ordonnées autour d'un petit capillaire dont la paroi est formée de cellules de même ordre ou autour d'un petit amas pigmentaire, reste de capillaire. Çà et là sont disséminées des cellules géantes basophiles multinuclées à noyaux très irrégulièrement disposés. Au centre de la tumeur, il n'y a plus ni fibres collagènes, ni fibres élastiques ; à la périphérie les fibrilles collagènes, extrêmement fines, s'entremêlent aux cellules fusiformes et ces parties ressemblent au fibrosarcome.

Les capillaires sont très nombreux, très petits, non dilatés, leur paroi plus ou moins complète, est formée de cellules fusiformes, sarcomateuses, leur lumière contient des mono- et polynucléaires, des globules rouges ou du pigment ; un peu partout, entre les cellules, sont disséminés des globules rouges : ce pigment reste libre ou est phagocyté par les cellules sarcomateuses ; en plusieurs points, la rupture des capillaires a amené la formation de petits hématomes au centre de la tumeur.

Il faut insister sur l'identité de ces cellules et des cellules des sarcomes malins et sur la transformation néoplasique des vaisseaux.

Les cellules ont une longueur de 20 à 25 μ sur 5 à 10 μ de large, elles sont fusiformes ou polygonales, renflées au centreau qui contient les noyaux, effilées aux extrémités. leur protoplasme est basophile, grenu, le noyau ovolaire ou arrondi est riche en chromatine, ponctué d'un gros nucléole, les prolongements de la cellule sont fins et longs, intriqués ou anastomosés avec les prolongements des cellules voisines ; ces fibrilles élaborées par la cellule et intra-cellulaires, plus ou moins individualisées, semblent être du procol-

lagène ; avec les rares fibrilles collagènes extrêmement fines, elles forment un dessin irrégulier. Les karyokinèses sont peu fréquentes.

Béaucoup de ces cellules possèdent 2, 3, 4 noyaux et jusqu'à 8 et 10 noyaux, tout en restant polygonales, fusiformes et basophiles.

Les capillaires très nombreux et très petits sont formés de cellules néoplasiques, leur paroi ne se distingue pas du tissu sarcomateux circonvoisin et le cappillaire semble une lacune au centre d'un tourbillon cellulaire, l'entothélium est formé de cellules identiques aux cellules néoplasiques, elles sont plus ou moins bien ordonnées et souvent on voit les cellules qui limitent la lumière vasculaire, s'écarter en se multipliant ; il en résulte un raptus de globules sanguins dans le tissu sarcomateux. Des cellules géantes, ou mieux cellules gigantesques multinuclées, dérivent nettement de capillaires ; ça et là les capillaires se transforment en plasmodes basophiles, multinuclées et ramifiés, plusieurs de ces masses multinuclées sont centrées ou au contraire entourées de pigment.

Sur de petites artérioles et veinules, on retrouve la même transformation de la paroi (les cellules multipliées prenant le type néoplasique), il y a transformation plutôt qu'envahissement de la paroi par les cellules environnantes.

OBSERVATION V

GOUGEROT LOC. CIT.

Sarcomes à Myéloplaxes Bacillaires

C'est à Pierre Delbet que l'on doit cette suspicion : « Je pense depuis longtemps, dit-il que certaines tumeurs à myéloplaxes ne sont que des formes de tuberculose et qu'il y a une relation entre les myéloplaxes et les cellules géantes. Je cherche la preuve en faveur de cette manière de voir. Une fillette est laparotomisée pour péritonite tuberculeuse. Elle guérit. A 19 ans, grande, florissante avec les apparences de la santé la plus parfaite, elle entre à Laënnec pour une tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia droit. Malgré l'intégrité de l'articulation, étant donnés les antécédents, je fais le diagnostic de tuberculose. L'opération conduit sur une tumeur solide extrêmement vasculaire, que l'examen histologique a montré être un sarcome à myéloplaxes.

L'évidement amène la guérison. Mais deux ans après, la malade rentre dans le service, amaigrie, décharnée, méconnaissable, avec une récidive de sa péritonite tuberculeuse à laquelle elle a succombé récemment. ..... Ici le rapprochement clinique est saisissant, le développement d'un sarcome à myéloplaxes entre les deux phases de l'évolution d'une péritonite tuberculeuse est une présomption, mais il ne constitue pas une preuve.

A l'appui de cette hypothèse, on peut citer les transitions anatomiques entre certains tuberculomes riches en cellules géantes, parsemés de follicules tuberculeux typiques et les sarcomes à myéloplaxes. Dans les recherches auxquelles M. Delbet m'a fait le très grand hon-

neur de m'associer, nous avons pu surprendre ces transitions, notamment dans un tuberculome sous-cutané du doigt, qui possède ici la structure des follicules tuberculeux, là la structure du sarcome à myéloplaxes.

C'est une petite tumeur fibreuse, arrondie, nettement encapsulée, elle est formée de grosses travees et de fines trabécules scléreuses séparées par de très nombreuses cellules conjonctives polygonales et fusiformes : ce tissu fibreux est creusé de vacuoles que remplissent des follicules, des nids de cellules fusiformes, des cellules géantes isolées et nombreuses ; sa trame est parcourue de petits capillaires dilatés et parsemée de très nombreux amas pigmentaire. les grains de pigment paraissent dériver des globules rouges,ils sont libres ou à l'intérieur des cellules acidophiles et des cellules géantes. En plusieurs points les cellules géantes ont la structure des cellules géantes tuberculeuses, leur forme arrondie, leur couronne de noyaux vésiculeux et clairs périphériques, leur protoplasme central acidophile ; souvent les cellules uninuclées devenues épithélioïdes s'ordonnent en follicules tuberculeux complets et incomplets.

Mais dans la plupart des points les cellules géantes sont irrégulières, identiques aux myéloplaxes : leur forme est très variable, quelques unes sont petites, presque toutes sont énormes polygonales, ramifiées, irrégulières ; les noyaux sont extrêmement nombreux, irrégulièrement disséminés, tantôt parsemant toute la cellule, tantôt agglomérés en masse énorme au centre ou à une extrémité de la nappe protoplasmique. Ces noyaux sont foncés, basophiles, très chromatiniens pourvus d'un ou plusieurs gros nucléoles, souvent ils sont lobés, bourgeonnants, quelquefois ils sont en karyokinèse.

Le protoplasma est homogène basophile, formé de chromoplasma en pleine activité sans dégénérescence,la masse protoplasmique est souvent vacuolée, contenant

des globules rouges ou du pigment et l'on note tous les intermédiaires entre ces cellules géantes parsemées de globules rouges et les capillarites qui ressemblent aux cellules vaso-formatrices. Ces cellules gigantesques multinuclées sont nombreuses, souvent très rapprochées les unes des autres et presque confluentes, elles sont encastrées entres les fibrilles collagènes ou entourées de cellules polygonales uninucléées basophiles, presque toujours irrégulièrement disposées. Les cellules unucléées disséminées entre les fibres collagènes et hypertrophiées donnent à ce tissu l'aspect du fibro-sarcome. En ces points il n'y a ni dégénérescence épithélioïde ni ordination folliculaire.

CONCLUSIONS

La tuberculose peut réaliser le type anatomo clinique de l'Epulis du rebord alvéolaire, et cela dans deux conditions différentes :

1° La petite tumeur présente la stucture histologique classique des lésions tuberculeuses avec des follicules de Koster typiques, comme dans notre observation.

2° La petite tumeur présente la structure d'une prolifération inflammatoire diffuse dans laquelle on trouve de nombreuses cellules géantes. Cette stucture reproduit celle du sarcome à myéloplaxes.

3° Dans certains cas on peut trouver dans la même tumeur des stuctures qui réalisent une sorte de terme de passage entre les deux formes précédentes.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.